

旭川市こども誰でも通園制度試行的事業利用申込書

(宛先) 施設長

旭川市こども誰でも通園制度試行的事業実施要綱第11条に基づき、次のとおり申し込みします。

申込者(保護者)	申込年月日	令和 年 月 日	電話	( ) -	
	住所	(〒 - ) 旭川市			
	氏名		子どもとの続柄		
	※上記以外の緊急連絡先: - - (氏名/続柄: / )				

通園希望先	利用する施設(1つ※)に✓をつけてください。(※別施設の通園は、別途利用申込書を施設に提出)			
	<input type="checkbox"/> 旭川隣保会乳児保育所(本町2)	<input type="checkbox"/> わんぱく保育園分園にこにこ園(2条通11)		
	<input type="checkbox"/> 藤原さんち保育園(緑が丘東3-1)	<input type="checkbox"/> 西神楽宮前こども園(西神楽南1-1)		

子どもの氏名	(ふりがな)	生年月日	年齢	性別	
		令和 年 月 日	歳	男・女	

※以下は、該当する□に✓を入れ、必要事項を記入してください。

ア 利用区分	<input type="checkbox"/> 定期通園(隔週の特定曜日などに定期的に通園) → イを記載してください。
	<input type="checkbox"/> 自由通園(特定の希望日での一時預かりの利用) → 希望日: 月 日 ( ) の 時 分から 時 分まで → 理由: <input type="checkbox"/> 仕事・学業 <input type="checkbox"/> 通院・介護 <input type="checkbox"/> 家族・友人等の行事への出席 <input type="checkbox"/> リフレッシュ目的 <input type="checkbox"/> その他( ) ※月合計10時間が利用限度になります。

イ 定期通園の利用希望	・定期通園の希望について、 第一希望の曜日に○、第二希望の曜日に△(△は複数記入可)、通園不可となる曜日に×を付けてください。 (※月10時間以内、原則1日4時間以内の利用となります。)						
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	希望する通園時間
							時 分 ~ 時 分
・上記以外の希望の場合、下記に希望を記載してください。(自由記述) <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; min-height: 100px;"></div>							

※裏面も記入してください。

子どもの健康状況など（※該当する□に✓を入れ、必要事項を記入してください。）

- 病歴・持病等  
□無 □有 [ 病名: \_\_\_\_\_ ]
- 乳幼児健診の受診  
□無 □有 [ 4 か月健診・10 か月健診・1 歳 6 か月健診・その他( \_\_\_\_\_ ) ]
- 乳幼児健診時の指摘事項  
□無 □有 [ 内容 \_\_\_\_\_ ]
- 障害者手帳等の交付  
□無 □有 [ 療育手帳 判定, 精神障害者福祉手帳 級, 身体障害者手帳 級 ]
- 通所受給者証の交付  
□無 □有
- 医療的ケアの必要性 ※医療専門職による処置が必要な状況  
□無 □有 [ □呼吸管理 □吸引 □経管栄養 □導尿 □その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]
- 食物アレルギー  
□無 □有 [ 医師の診断 □無 □有 ]  
[ 原因となる食品: \_\_\_\_\_ ] [ 症状: \_\_\_\_\_ ]

※該当する□に✓を入れ、必要事項を記入してください。

優先利用 の区分	<input type="checkbox"/> ア～ウに該当しない <input type="checkbox"/> ア) 利用する子どもが多胎児であり、同時利用する <input type="checkbox"/> イ) 子どもに障害がある <small>※ 身体障害者手帳, 療育手帳又は診断書等の写しを添付してください。                  ※ 利用を希望する施設と、預かりについて事前に相談をしてください。</small> <input type="checkbox"/> ウ) その他配慮を必要とする世帯 ( _____ ) (注意) 優先利用は、他の方よりも先に利用調整を行う等取扱いをしますが、必ずしも希望通りの日時での利用を保証するものではありません。
減免申請 の状況	<input type="checkbox"/> エ) 減免申請をしていない。 <input type="checkbox"/> オ) 減免の申請中だが、未決定 (「減免申請書」提出済) <input type="checkbox"/> カ) 利用料金減額が決定済 (※下記に決定した利用料金を記入してください。) → カ) 減額後の1時間あたり料金 : _____ 円

(実施施設記入欄)

実施施設受付日      年    月    日

※該当する項目に○を付けてください。

※本申込書の原本は実施施設にて保管してください。

両面の写しを月次報告書と一緒に子ども育成課に提出してください。

市からの認定状況	優先利用区分の有無	減免申請
申請中	有 ・ 無し	申請なし・申請あり
認定済	(区分: ア    イ    ウ)	(区分: エ    オ    カ)
認定却下		